

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2015.21.004

当代名医

张学文中医急症学术思想及临床经验再析

第五永长^{1,2}, 李 军¹

(1. 陕西中医药大学第一临床医学院, 陕西省西咸新区世纪大道, 712046; 2. 中国中医科学院博士后科研流动站)

[摘要] 从对中医急症的认识、中医急症范畴、急症病理因素、急症的病机与证候特征、急症的辨治思路与方法、急症临床经验等方面总结分析了张学文教授诊治中医急症的学术思想与临床经验, 以期更好地传承名医学术思想精髓, 促进中医急症学术发展。

[关键词] 中医急症; 学术思想; 张学文

张学文 (1935 -), 男, 国医大师, 主任医师、全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师、中国中医科学院中医药传承博士后合作导师。临床上精通内科, 擅长杂病、急症、疑难病, 尤以温病、脑病见长。率先提出中风病“脑当为脏”“颅脑水瘀证”等新观点, 丰富了中医脑病理论; 在内科疑难病证方面提出了系统的诊治思路, 对提升中医诊治疑难病学术水平起到了有力的推动作用。从医从教 60 余载, 发表学术论文百余篇, 学术专著 10 余部, 获各级科技成果奖 10 余项。

国医大师张学文教授从事中医临床、教学、科研工作 60 余载, 理论功底深厚, 临证经验丰富, 学术颇多创新。在温病学、疑难病尤其是中医急症等领域均有高深造诣。在人们对中医治疗急症普遍缺乏信任以及中医急症学术相对低靡的当前环境下, 深入整理挖掘大师级名老中医急症学术思想与临证经验, 无疑是中医药学术传承的重要内容。

1 中医急症及中医药防治优势

中医急症是中医内外各科中的重症疾病类型, 是临床学科的重要分支, 有其特殊的发病因素、病变特点和治疗法则。急症得到历代医家的高度重视, 正确应对急症是降低死亡率的关键, 也是反映医生临床诊治水平的重要标志。

由于现代医学体系的冲击, 许多人错误地认为中医在急症治疗上无明显优势。张老师认为, 中医发展无时不面临着急难重症的考验, 在生活条件落

后的古代, 传染病多、死亡率高, 中医在急、难、重、危病证的救治中发挥了极大的作用。从《黄帝内经》时代开始, 历朝历代, 尤其是汉唐及明清时期, 中医都十分重视急症的诊治, 《伤寒论》《金匱要略》中诸多理法方药都是针对急症而设。张仲景在大量急症临床经验的基础上, 创立了伤寒六经学说, 有效地指导着对高热、惊厥、暴泻、亡阳、气脱等急症的救治。吴又可、叶天士、吴鞠通通过长期的温热急症临床实践, 创立和发展了瘟疫杂气学说、卫气营血辨证及三焦辨证学说, 取得了理论上的重大突破, 把中医治疗外感热病急症提高到一个新的水平。

张老师在 60 余年的行医生涯中一贯重视急症的诊治, 他认为, 中医不但能够治疗急症, 而且在改善病情、影响预后、防治并发症和后遗症方面有突出的优势。张老师创新性地提出了“毒瘀交夹”的概念, 指出六淫邪盛化火皆可成“毒”; 又独具见解地提出“颅脑水瘀证”的新观点以及“化瘀利水、醒脑通窍”的治疗法则^[1]; 在中药剂型改革方面亦做了重要探索, 先后研发出通脉舒络液等用于急症的新制剂, 显著提高了中医药救治内科急症的临床疗效。

2 中医急症的范畴

从中医病因学角度来看, 引发急症的因素无外乎外感和内伤两端, 因此, 中医急症所讨论的范围也无外乎外感急症与内伤急症两大类。

外感温热急症: 中医外感温热急症范畴较广,

基金项目: 陕西省中医管理局中医药科研课题 (13 - LC070)

* 通讯方式: diwuyongchang@126.com, (029) 38183462

相当于现代医学的急性感染性（细菌、病毒感染）及传染性疾病，如流行性感、流行性腮腺炎、流行性出血热、流行性脑脊髓膜炎、流行性乙型脑炎、钩端螺旋体病、急性肝炎、急性肺脓疡、急性胰腺炎、传染性非典型肺炎等，部分理化因素所导致的疾病如中暑、中毒等也可分属温热急症范畴。

内伤杂病急症：内伤急症包括急性脑血管病、急性颅内高压症、急性心力衰竭、急性肺炎、急性心肌炎、急性胆囊炎等，危重症可见于感染性休克、弥散性血管内凝血等所致的昏迷、抽搐、发热、出血等。此外，一些免疫性疾病如风湿热、系统性红斑狼疮、变应性亚败血症等，一些肿瘤如急性白血病等，均可分属内伤急症范畴。

3 急症病理因素^[2-3]

认识急症的共性病理特征及影响急症发生、发展、传变的病理要素是有效辨治急症的关键。受叶天士、薛生白、吴鞠通、王孟英等温病大家思想和理论的深刻影响，经过长期诊治内科急症的临床实践与思考，张老师在急症辨治中强调五大病理因素，即毒、瘀、水、风、痰。

毒：张老师认为，“毒”是急症中致病范围非常广泛的病理因素。除外感六淫邪气皆可化火成毒之外，疫毒，温毒，食物、药物中毒均是温热急症发病的重要成因^[4]，此即张老师关于温热急症的“热毒致病”说。此外，张老师强调，形成于情志内伤、饮食失常等因素的机体病理产物——内毒，如瘀毒、痰毒、湿毒、水毒等，是内伤急症发病的关键病理因素。外毒具有火热秽浊之性，因而致病力强。毒邪所发之病，大多变化迅速，变证多端，病情危重。内毒往往依附于体内的病理产物如痰饮、瘀血、湿浊、积滞等，形成痰毒、瘀毒、湿毒、粪毒等各种毒邪。内毒具有以体质学说为根据发生变化的性质，是任何疾病发展到一定程度必有内在病理因素，内毒致病，可内侵脏腑、经络、脑髓，外达四肢肌腠，既可损气耗血、生风动血，又可损阴伤阳。毒邪易损伤脏腑，伤阴伤阳，耗伤正气，也可以损伤络脉、血络，人体重要脏器之脑络、肾络、心络均可累及。

瘀：对“瘀血”的认识是张老师最重要的学术特色，张老师在温热急症中提出的瘀热病理说、毒瘀交挟论、清脑通络论均源于这一认识。他认为，瘀血证是多种疾病的一个共同病理。温热急症中，温热毒邪侵入人体，化燥化火，劫伤阴液，内

窜营分，可在体表出现红、肿、热、痛、斑、疹等表现；毒入于血，与血相搏，煎熬营阴，血质黏稠，阻滞脉络，瘀血即成；温热毒邪耗气伤阴，正气亏损，气虚血滞，亦成瘀血。除此之外，外感寒邪、内伤气滞、痰湿阻滞、水气内阻、久病络瘀以及外伤均可产生瘀血，而且随病情进展和诸因诱导，可数邪合并，成为内伤急症。如弥散性血管内凝血是多种危急重症后期的必然病理结局，从中医角度，其瘀血特征十分突出。

水：水邪泛滥是机体津液代谢严重失调的病理结局，是多种危急重症的重要病理因素。张仲景在《金匮要略·水气病脉证并治》中提出“血不利则为水”之论。张老师宗该论认为，在多种危急重症后期，正邪交争已久，阳气衰败，阴邪泛逆，气不化水，津液代谢障碍，使水湿聚积；水湿既停，郁遏阳气，又致血行失运而为瘀；瘀阻脉内，脉外之津不能伴血而行，随之停聚，且脉内血液之津又渗出于外，与之互聚，构成水瘀互结。正如《血证论》所言“血积既久，其水乃成，……其血既病，则也累及于水。”临床上如急性心力衰竭、急性颅内高压症、急性肾功能衰竭等危急重症都存在明显的水邪泛逆、水瘀互结之征象。张老师提出的“颅脑水瘀”论即源于上述认识。

风：“风”作为一个特殊的中医病理因素，其本身体现了“急症”之“急”，即传变迅速的特点。另外，按照中医理论，急症之所以急，多系在各种急慢性致病因素作用下，机体阴阳极度失衡，气血逆乱到极致状态而发病，“风”反映的正是阴阳严重失衡的病理状态。从病因来看，有外风、内风之别；从病机分析，有症状（如抽搐动风）、证机之异（如热极生风、阳亢化风、阴虚风动、痰热动风、血虚生风等）。张老师关于脑病急症的气血阴阳论则是对急症内风最好的诠释。中风病多因肝肾亏虚，阴不制阳，肝阳亢盛，与某些诱因相合则肝阳化风，挟痰挟瘀，横窜经络或蒙蔽脑窍而发为急症。

痰“痰”和“瘀”“水”同样是津血不归正化的病理产物和致病因素。脾失健运，津液不归正化，“积水成饮，积凝成痰”，则湿邪停滯成饮、痰、水。从脏腑来讲，痰常生于脾和肾而贮于肺和经络，因而有无形之痰和有形之痰的区分，但二者均与急症关系密切，是急症诊治中难以忽视的病理因素。如临床上支气管哮喘急性发作常因外感引动“伏痰”而发；癫痫发作常因顽痰闭阻心窍，肝经

风火内动所致;中风常因肝阳挟痰,瘀阻脑络,蒙蔽脑窍所致;厥证可因痰随气逆,闭塞清窍而作。张老师在脑系急症中提出的痰瘀阻窍说即强调了“痰”在急症发病中的重要性。

4 急症的病机与证候特征

毒、瘀、水、风、痰是急症发病过程中最为显著的病理特征,而急症之所以急重而危,主要还在于上述病理因素交互作用,合而为患,错综复杂,从而使得病情凶险,预后难料。

4.1 温热急症,瘀热致病,毒瘀交挟

温热急症中热毒侵入人体,经卫转气,入营动血,并进而化燥化火,耗气伤阴,迅速传变,尤其是热毒入于血分,正邪相搏,营阴煎熬,血燥黏滞,瘀阻脉络,导致毒瘀互生,毒盛瘀阻,蚀脉腐肉,脏腑骤损,从而出现各种危急证候。若毒热熏蒸,灼伤肺络,轻则痰中带血,重则咳血不止。毒热直走中道,伤胃络则吐血,伤肠络则便血。毒热上扰清窍则肝风内动,易致神昏谵语、惊厥。其发病急骤,来势凶猛,病情危重。瘀热不解,久病入络,余邪留恋则病久难愈。此即张老师所提出的热毒致病、毒瘀交挟的温热急症病机证候特征。张老师同时指出,外毒和内毒主要通过发热劫津、耗气伤阴、动血腐肉、损伤脏腑经络,从而导致急症的发生、发展和传变,正如清代医家王清任所言:“温热之毒,外不得由皮肤而出,内必攻脏腑,脏腑受毒火煎熬,遂变生各脏逆证”。

4.2 内伤急症,内毒作祟,痰瘀促变

对于多数内伤急症而言,张老师更强调内毒和痰、瘀在急症发生发展中的交互作用,内伤疾病之所以发为急危重症,其中机体脏腑阴阳失衡,内生之邪如内寒、内热、燥邪、痰浊、瘀血、水湿以及积滞等各种内邪郁久成毒是其发病根本,痰瘀是其中最活跃的致病促变因素。痰瘀的形成以津血同源为内在联系,以脏腑气机为根本,痰瘀在急症的发展和传变过程中起到了促进作用。脏腑之气的生理功能表现为对津血的化生运行及输布的调控,因此,如致病因素影响某一脏腑之功能,或其本身功能失调,必然导致津血异常而产生痰浊瘀血之病理产物,因此,五脏不和,为生痰致瘀之本。痰浊或血瘀为病,初则未必兼挟,然久则痰病累血,血病生痰。因二者皆为阴性之物,易阻滞气机,气机失畅,又可由痰致瘀,由瘀致痰而互相兼挟。痰瘀既生,又易随气机升降,无处不至,变化多端,内至

五脏六腑,闭阻气机神明,外至肌肤经络骨节,诸症百出,缠绵不愈。

4.3 心脑急症,毒盛脏衰,风生水起

中年以后,脏腑渐衰,水津失布,痰瘀内生互结,郁蒸腐化,浊毒化生,败坏形体,络脉结滞,心脑脉络痹阻,胸阳不振,神机失统而易发为心脑痼疾。遇外感、情志、劳欲等诱因,则毒盛脏衰,风生水起,病情急骤逆转,生命垂危。如心系危重急症之胸痹心力衰竭,素因年迈体虚或久病体虚,日久胸阳不振,气血运行失畅,心脉因之瘀滞,心失营运;或各种慢性病迁延日久,耗气伤津,残阳损阴,遇外感六淫、内伤情志、体劳过度、药物失宜等,急损阴阳,毒盛脏衰,致水邪泛滥,水瘀互结,心衰急发,气短水肿,及至阴阳不相维系,即现冷汗淋漓、面色灰白、口唇紫暗、神昏脉微等危重证候。又如脑系急症中风,多系气血内虚,阴阳失调,肝肾阴亏,阴不制阳而肝阳上亢,又因劳倦内伤、忧思恼怒、嗜食厚味及烟酒等而致体内痰瘀内盛,遇情志、劳累等诱发,则肝阳化生风火,气血逆乱,直冲犯脑,形成脑脉痹阻或血溢脑脉之急症,症见突然昏仆、半身不遂、口舌歪斜、不语或言语謇涩、偏身麻木等,并且起病急、变化快,死亡率、致残率极高。同时张老师认为,在脑系病证中,因水血同源并行,相互渗透,急重症最易出现血病生水,水病及血,二者交结为患,形成水瘀互结或颅脑水瘀之证,使得病情更为凶险。

5 急症的辨治思路与方法

5.1 急症虽急莫乱方寸,审证求因力挽狂澜

对待急症患者张老师强调要镇静自如,内紧外松,莫乱方寸,这样一方面可以给患者及其家属一种心理上的宽慰,另一方面也可以让医者能细思明辨,冷静决策。从错综急危的证候中,快速理出头绪的关键在于审证求因。这里的“因”包含两层含义,其一是引起急症的病因和诱因,其二则是从疾病本质上引发急症的病理因素。毒、瘀、风、水、痰的证候要点是审察的重点。

5.2 邪毒虽盛不忘求本,解毒八法异法方宜

无论外感温热急症,抑或内伤杂病急症,其促发机制都与邪毒内盛直接相关。外毒责之寒热、疫毒等,内毒则为痰、瘀、水、湿诸毒,毒邪内盛是病标,是急症之所以急的主要因素。在急症处理上,因病、因人、因时、因地制宜,采用解毒八法,对因而治。如温病初期宜宣透解毒;邪毒蓄积

肠腑宜泻下解毒; 毒蕴小肠宜清利解毒; 邪毒入里, 火盛热炽宜清热解毒; 浊毒壅遏三焦宜化浊解毒; 营血瘀热成毒宜化瘀解毒; 毒瘀交挟, 耗气伤阴, 宜滋阴解毒; 机体气阴耗伤抗毒无力, 宜扶正解毒。对于痰、瘀、风、水、湿诸内毒之急症, 则宜针对病理因素, 兼而解毒。临证时还特别强调祛除邪毒务求及时, 但不强求彻底, 尤其对内生邪毒, 常主张“衰其大半而止”。患者一旦转危为安, 只要无明显禁忌, 都主张尽早施用扶正补虚药物, 以求治本。

5.3 辨证辨病务必结合, 多法联用可求实效

急症证候多以群集状态出现, 证候错综, 病因复杂多样。临证在抓主症、辨证求因的同时, 一定要考虑原发疾病, 辨证与辨病相结合, 辨证可明察证因, 审证施治, 辨病则有助于确定病因, 更准确地判断预后。在治疗上, 张老师强调不可拘于一方一法, 而宜多法联用、多管齐下, 确保切实疗效。比如, 张老师临床上曾用中药内服外敷法成功抢救过出血热急性肾功能衰竭无尿患者; 倡导使用中药静脉注射剂、肌肉注射剂、片剂、口服液、肛肠灌注剂等剂型, 以提高中医药救治内科急症的临床疗效; 针刺、灸疗、拔罐、催吐、灌肠、放血等多种方法都被成功应用于急症抢救。

6 急症临床经验

6.1 卫气同病热难退, 解毒化瘀愈重危——清解饮

张老师在临床上对于温热急症卫气同病, 内外合邪, 热毒较甚, 并有瘀滞, 症见高热不退、烦渴、汗出不畅, 或有轻微恶寒, 偶神识不清, 舌质红、苔黄, 脉浮大红数者, 常用清解饮 (生石膏 30g, 柴胡 15g, 黄芩 10g, 金银花 15g, 葛根 15g, 野菊花 10g, 薄荷 6g, 丹参 15g) 以清气透表, 卫气同治, 解毒化瘀, 临床退热效果显著。本方综合白虎汤、小柴胡汤、银翘散、柴葛解肌汤之意, 择清热解毒之力优者组方而成, 对于卫气同病, 内热不清, 外郁不达之证有很好的清解作用。

6.2 药食中毒命悬天, 通利排毒救危难——绿豆甘草汤

食物、药物中毒是临床常见急重症, 临床可见呕吐、腹泻、昏迷、四肢厥冷, 或有高热、抽搐、惊厥、汗出等症。其病机主要在于毒热内聚, 耗伤阴液, 伤及神明, 临床自拟绿豆甘草汤 [绿豆 120g, 甘草 15~30g, 丹参 30g, 连翘 30g, 草石斛 30g, 白茅根 30g, 大黄 15~30g (后下)] 以

清热养阴, 通利排毒。若见中毒性黄疸, 常加用板蓝根 30g、茵陈 30g、郁金 30g; 若抽搐惊厥, 可加用羚羊角 6g (另煎)、钩藤 15g (后下)。本方临床结合催吐、洗胃等常规方法用之, 能救人于危难。

6.3 急眩中风先兆症, 清脑通络可缓急——清脑通络汤

中风先兆症又称“小中风”, 是脑系急症中具有警示意义的病证, 正确辨治小中风, 是阻断病情进展为中风急症, 降低致残率、致死率的重要一环。张老师对于中风先兆, 症见突然头昏、头痛、眩晕、耳鸣、乏力、肢体麻木、手足不利, 舌暗或紫, 舌下脉络瘀曲, 脉弦细等, 临床自拟清脑通络汤 [决明子 30g, 川芎 12g, 赤芍 10g, 山楂 15g, 丹参 15g, 磁石 30g (先煎), 菊花 12g, 葛根 15g, 地龙 10g, 豨莶草 30g, 川牛膝 15g, 水蛭 6g] 以活血通络, 清脑平压。若患者语言不利可加胆南星、石菖蒲、郁金、天竺黄; 肢体不利可加鸡血藤、威灵仙; 若伴胸闷胸痛者加瓜蒌、薤白、三七粉等。此方是针对多数中风患者早期肝热血瘀病机拟定的方剂, 也可用于高血压病、冠心病有上述病证者, 临床疗效突出。

6.4 脑病痰闭窍不通, 开窍化痰可醒神——蒲金丹

中风闭证预后凶险, 在内科急症中比例较高, 危害极大。张老师对于临床中风多见的痰闭神窍, 症见突然昏仆、不省人事、喉中痰鸣或痰涎壅盛、肢体偏瘫、语言不利, 舌淡暗或紫、舌苔白腻或灰, 脉弦滑等症, 以及癫、痫证属痰迷神窍者常用蒲金丹 (石菖蒲 12g, 郁金 10g, 丹参 15g) 以开窍豁痰, 醒神化痰。患者痰涎壅盛加法半夏、橘红、竹茹、生姜; 伴眩晕者加天麻、钩藤、僵蚕; 神昏重者同时送服苏合香丸。本方作为基础方合理加减, 可代替“三宝”之类, 用于中风之神昏窍闭轻证, 疗效肯定。

6.5 颅内高压神昏迷, 活血利水窍自通——脑窍通

脑出血、急性热病、颅脑外伤等原因导致的脑水肿、颅内高压症是诸多脑系急症的重要病理阶段, 其临床死亡率极高。张老师对此多辨证为颅脑水瘀证, 取王清任通窍活血汤之意, 拟定脑窍通方 [麝香 0.1g (冲服), 丹参 15g, 桃仁 12g, 川芎 12g, 赤芍 15g, 白茅根 30g, 石菖蒲 10g, 三七粉 3g (冲服)], 用于颅内高压症而见神志昏迷、呕吐、头痛或脑肿瘤、小儿脑积水证属颅脑水瘀证者。该方曾被制成口服液, 也可作汤剂使用, 临床

疗效显著。

7 典型病案

患者,男,36岁,1983年8月初诊。3周前从20米高空摔下,当即昏迷,头身多处受伤,被急送至当地县医院,按“脑挫裂伤”给予脱水、降颅压、抗感染等治疗,5日后苏醒,但出现失语、反应迟钝、右侧肢体活动失灵、二便失禁等症。住院2周余,病情无改善,回家调养,并求诊中医治疗。症见:精神呆滞,失语,口歪舌偏,口角流涎,右侧半身不遂且手足肿胀,二便自遗,舌紫暗体胖,脉弦滑。诊断:中风(脑外伤综合征)——颅脑水瘀证。予以化瘀利水开窍治疗。方药:丹参20g,川芎12g,赤芍12g,桃仁12g,红花12g,益母草30g,川牛膝15g,茯苓20g,三七粉3g(冲服),水蛭粉1g(冲服),炮山甲10g,石菖蒲12g,麝香0.1g(冲服)。服药10剂后,患者言语渐出,神情好转,右侧肢体已可抬动,能示意欲排解小便。诉头目胀痛,视物昏花。观之舌仍紫暗体胖,苔薄白,弦滑脉象已稍减。继守前方加减,连续服药3个月后体力逐渐康复,诸症渐去。20余年来仍能参加一般体力劳动。

按:患者因外伤导致脉络受损,气血津液不行,络破血溢,继而瘀血内停,水津外渗,瘀水互结,闭塞脑窍,形成颅脑水瘀之证。方中丹参、川芎、赤芍、桃仁、红花、三七粉活血化瘀;水蛭破血逐瘀通络;益母草、川牛膝活血通经,利水消肿;茯苓渗湿利水;更以穿山甲走窜之性而通达经络,活血祛瘀,增强活血通瘀之效;麝香开窍通闭,行血中之瘀滞,开经络之壅遏;石菖蒲开窍化痰。全方重剂活血祛瘀通络,化痰利水开窍,故而水湿化、浊瘀消,语言复出,肢体功能渐复。

参考文献

- [1]李军.张学文诊治内科急症的学术思想及方法学研究[C]//首届著名中医药学家学术传承高层论坛会议论文集.南通,2005.
- [2]张学文.疑难病证治[M].北京:人民卫生出版社,2013.
- [3]王景洪,李军,张宏伟.张学文医学求索集[M].西安:陕西科学技术出版社,1995.
- [4]雷亚玲,罗翌,李军.张学文教授从毒瘀辨治温热病急症学术思想探析[J].广州中医药大学学报,2012,29(6):710-712.

Analysis of Academic Thoughts and Clinical Experience about Chinese Medicine Emergency of ZHANG Xuewen

DIWU Yongchang^{1,2}, LI Jun¹

(1. The First Clinical Medical School, Shaanxi University of Chinese Medicine, Xianyang, Shaanxi Province 712046; 2. Center for Post-doctoral Studies, China Academy of Chinese Medical Sciences)

ABSTRACT This article summarizes and analyzes the academic thoughts and clinical experience Prof. ZHANG Xuewen, from the aspects that cognition of Chinese medicine emergency, category of Chinese medicine emergency, pathological factors of emergency, pathogenesis and syndrome characteristics of emergency, treatment thoughts and methods of emergency, clinical experience of emergency and so on. This article is aimed to better inherit academic thought essence of this famous doctor, and promote academic development of Chinese medicine emergency.

Keywords Chinese medicine emergency; academic thoughts; ZHANG Xuewen

(收稿日期: 2014-11-19; 修回日期: 2015-01-16)

[编辑: 黄健]

欢迎邮购《中医杂志》

2000年合订本85元,2001年合订本95元,2002年合订本105元,2003年合订本105元,2004年合订本115元,2005年合订本125元,2007-2010年合订本每年140元。2011(缺5、6期)-2013年每册9.80元,2011-2013年合订本(每年4本),每年280元,2014年合订本(共4本)400元。《中医杂志》2006-2008年增刊每册40元。以上免费邮寄,如需挂号每件另加3元。

欲购者请汇款至北京东直门内南小街16号中医杂志社读者服务部,邮编:100700,电话:(010)64089195

欢迎邮购《中医杂志》光盘合订本

1951-1986年(4张光盘)480元;1987-1994年(1张光盘)260元;1995-2004年(1张光盘)280元;2005-2013年(1张光盘)300元。

光盘合订本为计算机用数据光盘,收入了同期出版的全部《中医杂志》的内容,可对所有文章进行任意字检索,方便实用。

汇款地址:北京东直门内南小街16号中医杂志社北京医海林音像书店,邮政编码:100700

电话:(010)64035632;网址:<http://www.jtcm.net.cn>